

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Décembre 1901, à 1 heure

Par EUGÈNE DELACOURT

Né à Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), le 28 avril 1876.

De la Dystocie

par Kystes hydatiques

du Bassin

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BONNAIRE et MARION, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Décembre 1901, à 1 heure

Par EUGÈNE DELACOURT

Né à Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), le 28 avril 1876.

De la Dystocie

par Kystes hydatiques

du Bassin

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BONNAIRE et MARION, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	N...
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	TEISSIER.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	THIERY.
BESANÇON.	SILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THOINOT.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKY.	WALTER.
CUNEO	JEANSELME.	R MY.	WIDAL.
DEMELIN	LANGLOIS.	RENON.	WURIZ.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MON ONCLE M. F. MANIEZ

Témoignage de sympathie

A MA TANTE ET A MON COUSIN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN,

Professeur de Clinique obstétricale,
Accoucheur des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu pendant notre séjour à la Maternité de l'hôpital Tenon, l'occasion d'observer un cas très rare de dystocie par kyste hydatique du bassin. Sur les conseils de M. Boissard, nous avons cru intéressant de réunir les différentes observations publiées jusqu'à ce jour et d'en tirer les renseignements qui pussent être utiles pour l'étude des symptômes, du pronostic, du diagnostic et du traitement.

Mais avant d'aborder ce travail, qu'il nous soit permis de rendre hommage aux maîtres de Lille et de Paris, qui nous ont enseigné avec tact et dévouement la pratique médicale. Toujours nous les avons écoutés avec plaisir ; toujours nous avons recueilli avec soin les bons conseils qu'ils nous ont donnés pour l'avenir.

Que M. Boissard en particulier, médecin accoucheur de l'hôpital Tenon, reçoive un témoignage de notre sympathie pour la façon particulièrement aimable avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service.

Que M. Coudert, interne de l'hôpital Tenon, qui

nous a communiqué l'observation qui a fait le sujet de notre thèse reçoive ici tous nos remerciements.

Enfin M. Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

La première observation de dystocie par kyste hydatique du bassin a été relatée en 1817 par Park, dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*. Nous en devons la connaissance à Charcot qui la publia en 1852 dans un mémoire sur les kystes hydatiques du bassin.

Viennent ensuite les observations de Roux en 1828, de Blot en 1863, de Guéniot en 1866.

Dans les traités classiques de cette époque en France, on ne trouve aucune mention détaillée sur cette cause de dystocie.

M^{me} Lachapelle et Dugès relatent simplement que les tumeurs hydatiques peuvent mettre obstacle à la sortie de l'enfant.

Cazeaux cite d'après Meier l'observation d'un accouchement rendu impossible par un kyste situé entre l'utérus et la vessie. Neyret dans sa thèse en 1863, Schröder en 1874, Davaine en 1877, tout en s'occupant de l'étude générale des kystes hydatiques du

petit bassin, rappellent les observations de Park, Roux et Blot, sans s'étendre spécialement sur les difficultés que ces kystes peuvent provoquer au moment de l'accouchement.

En 1877, Wiener publie le premier un mémoire qui traite avec quelques détails la question de la dystocie causée par les kystes hydatiques du bassin. La symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement y sont étudiés avec soin. Il réunit un cas personnel à ceux de Park, Roux, Blot, Puchelt, Birnbaum, Sadler.

Hausmann ajoute aux observations de Wiener les cas de Pauls et de Küchenmeister.

En 1879, Stadtfeldt, sans s'occuper d'une façon spéciale des hydatides du petit bassin relate deux observations de Spath et Pintos Pasella.

En 1879, Freund fait une communication dans laquelle il cite dix-huit cas d'hydatides. Cette importante collection lui permet d'aborder un certain nombre de questions dont nous retiendrons quelques conclusions.

En 1882, Brill publie une observation de kyste hydatique du bassin ayant nécessité la cranioclasie.

En 1884, Porak publie un mémoire dans lequel il ajoute aux cas précédents deux nouvelles observations une de Doléris et une personnelle.

En 1888, Pinard, à la suite d'un cas observé à la Maternité, fait une leçon très intéressante publiée dans les *Annales de Gynécologie*.

En 1897, Benoit dans sa thèse sur les kystes hyda-

tiques du bassin en général rapporte de nouvelles observations de Dinard, Doléris et Tissier.

En 1900, Frantas publie une observation très intéressante recueillie à la Maternité de Prague.

Enfin en janvier 1901, Boissard et Coudert communiquent à la Société d'obstétrique de Paris, l'observation qui a servi de sujet à notre thèse.



ETIOLOGIE

La production parasitaire à forme vésiculeuse qui chez l'homme habite plutôt le foie que les autres viscères, l'hydatide en un mot n'est autre chose que la larve du ténia échinococcus du chien. L'hydatide représente la deuxième phase évolutive (ou état larvaire) de l'embryon hexacanthé provenant de l'œuf du ténia échinococcus. Ce ténia n'a été observé jusqu'ici que chez le loup, le chacal, le couguar et surtout le chien. L'homme n'intervient donc que fortuitement dans le cycle de son développement. C'est un des plus petits vers Cestodes connus. Sa longueur mesure au plus 5 millimètres. Il se compose d'une tête armée à laquelle « font suite trois ou quatre anneaux seulement ; le dernier, lorsqu'il est mûr, atteint à lui seul ou dépasse même la moitié de la longueur totale (Blanchard).

Les premières expériences confirmatives de ces données expérimentales sont dues à Siebold et à Küchenmeister. Ils ont en effet donné le ténia échino-

coccus à des chiens en leur faisant avaler des hydatides et réciproquement ils ont provoqué la formation des hydatides sur de jeunes veaux en leur faisant ingérer des œufs de ténia.

L'origine des kystes hydatiques s'explique par l'introduction dans l'intestin de l'homme des œufs de ténia échinococcus du chien; la bouche étant la seule porte d'entrée possible, les deux conditions étiologiques premières doivent être recherchées dans la fréquentation des animaux domestiques et l'ingestion des aliments ou des boissons contenant des œufs de ténia.

La fréquentation des animaux domestiques expose à la transmission directe du chien à l'homme suivant des modes très variés.

On sait en effet que les œufs de ténia ne sont pas seulement évacués par les fèces et lorsque le dernier anneau du ténia se détache avec les œufs mûrs dont il est rempli, il peut en outre, grâce au mouvement de reptation dont il est doué, franchir l'orifice anal dans l'intervalle des périodes déjectives. Les poils qui avoisinent l'anus du chien peuvent donc en même temps receler des œufs et grâce aux mœurs de cet animal, il n'en faut pas davantage pour expliquer comment ces mêmes œufs sont cueillis par sa langue et les poils de son museau sur lesquels ils se fixent pour s'en détacher à la moindre occasion. On conçoit dès lors que la cohabitation avec les chiens et les imprudences dont on est trop coutumier, soit en leur permettant de séjourner sur les lits, soit en livrant son visage ou ses mains aux manifestations habituelles de sympathie

deviennent autant de conditions étiologiques fort périlleuses.

Toutefois la transmission indirecte par les aliments et surtout par les boissons est beaucoup plus fréquente et ce qui le prouve bien c'est que dans nombre de cas les malades atteints de kyste hydatique n'ont jamais possédé le moindre caniche.

Le rôle étiologique de l'alimentation est facile à comprendre. Le chien dissémine au hasard de ses déjections les œufs de ténia qu'il porte; ces œufs dont la puissance de résistance aux agents hémisphériques est très grande, sont mis en liberté par la destruction des anneaux qui les renferment. Ils se fixent alors sur les légumes, sur les herbes des pâturages ou sur les fruits qui poussent au ras du sol. Les eaux fluviales peuvent aussi les entraîner vers les sources ou dans les puits : dans les deux cas leur passage dans le tube digestif de l'homme ou des herbivores devient pour ainsi dire inévitable si les eaux ne sont point filtrées et si les fruits ou les légumes qui les portent n'en sont point débarrassés par la cuisson ou le lavage.

Cette étiologie permet de comprendre l'extrême fréquence de la maladie en Australie et surtout en Islande où les habitants vivent pêle-mêle avec les animaux domestiques et ont dans l'intérieur de leur cabane un ou deux chiens. Comme les hydatides sont très fréquentes parmi les moutons et les vaches et que les chiens se nourrissent en grande partie des viscères de ces animaux malades, il s'ensuit que toutes les condi-

tions favorables à la pullulation du ténia d'une part, des hydatides de l'autre, se trouvent réalisées.'

En France, en Egypte, aux États-Unis, dans les Indes, on les observe assez rarement, plus fréquemment en Angleterre et en Amérique.

Ils se développent plus souvent chez la femme que chez l'homme (120 femmes pour 56 hommes, statistique de Finçen). La vie sédentaire, le rôle intérieur de la femme qui la mettent plus en rapport avec les animaux domestiques rendent compte de ces différences.

PATHOGÉNIE

Freund et Brose après lui ont recherché comment les hydatides pouvaient arriver jusqu'au bassin. Lorsque la coque qui renferme l'embryon est dissoute dans l'estomac, le petit animal mis en liberté sort de l'intestin par voie sanguine ou lymphatique, se rend dans le cœur droit par la veine cave, passe dans la circulation pulmonaire, arrive enfin au cœur gauche d'où il est lancé dans la circulation générale. Aussitôt qu'il a ainsi gagné le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, il augmente de volume et se creuse d'une cavité centrale qui s'agrandit au fur et à mesure qu'il grossit lui-même : il prend alors le nom d'hydatide et se développe lentement. Il est le siège d'une production intense de jeunes individus représentés par une tête suivie du cou. L'hydatide complètement formée représente une sorte de sphère creuse dont la paroi est constituée par une couche cuticulaire périphérique formée d'un plus ou moins grand nombre de lamelles superposées développées aux dépens de la couche interne appelée membrane germinale. A la surface

de cette dernière apparaissent les vésicules proligères qui tout en grandissant rapidement se creusent d'une cavité à l'intérieur de laquelle se montrent bientôt de nombreuses têtes de ténias. Bientôt elles se pincent à leur base et finissent par n'être plus rattachées à la membrane germinale que par une sorte de pédicule. L'hydatide peut encore se multiplier par un autre procédé : dans l'épaisseur de la membrane élastique qui forme la partie périphérique de l'hydatide apparaissent des vésicules filles qui ont tous les caractères de l'hydatide mère : cuticule à l'extérieur, membrane germinale à l'intérieur, celle-ci bourgeonnant des larves ; au cours de leur développement elles rompent la membrane au sein de laquelle elles se sont formées et tombent à l'intérieur de l'hydatide qu'elles peuvent finir par remplir (vésicules endogènes) ou bien elles rompent vers l'extérieur la cuticule de l'hydatide mère et sont chassées au dehors. Quand elles ne renferment pas de têtes de ténias, elles demeurent stériles et prennent le nom d'acéphalocystes. Ainsi constituée, l'hydatide remplie d'un liquide clair comme de l'eau de roche s'entoure d'une membrane conjonctive fibroïde appelée membrane adventice ; le kyste hydatique est alors complètement formé.

A côté de cette théorie soutenue par M. Potherat dans sa thèse de 1889 qui explique par le transport par voie sanguine la présence de l'hydatide dans le bassin se trouve la doctrine de l'auto-infection consacrée par Volkmann au VI^e Congrès de Chirurgiens allemands. D'après cette théorie, exposée pour la première fois par

Hunter en 1793 dans les transactions de la Société pour l'avancement de la Médecine et de la Chirurgie, le développement des kystes hydatiques du bassin se ferait par greffe de vésicules filles issues d'un kyste de même nature situé dans un organe de la cavité abdominale, le plus souvent le foie. Nous savons déjà que les vésicules exogènes peuvent naturellement être chassées au dehors ; la rupture ou l'ouverture du kyste faciliteraient la sortie des vésicules endogènes. Cette seconde théorie qui est niée par différents auteurs, en particulier par M. Potherat a soulevé récemment à la Société de Chirurgie, une discussion dont nous avons cru bon de rapporter les principaux passages.

Au cours de la discussion sur le traitement des kystes hydatiques du foie, M. Peyrot apportait une double observation dans laquelle la malade opérée d'un kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen avait été, quatre ans plus tard, opérée par lui de kystes multiples du grand épiploon et du bassin. Il s'agissait donc d'un fait d'invasion du péritoine abdominal par les hydatides à la suite de la rupture d'un premier kyste. Dans le liquide répandu se trouvaient quelques scolex qui s'étaient ensuite fixés dans les points déclives de l'abdomen : extrémité de l'épiploon, petit bassin là où la pesanteur les avait entraînés.

Mais, d'après M. Potherat, un kyste hydatique ne pouvait ni par son liquide, ni par ses vésicules filles reproduire un kyste hydatique, celui-ci étant un stade intermédiaire dans l'évolution du ténia échinocoque.

Aussi, lorsque chez le même individu on rencontrait

soit dans le même organe, soit dans des organes différents, soit enfin à la surface d'un revêtement séreux des kystes hydatiques multiples contemporains ou d'âge différent, il fallait considérer ces kystes comme des manifestations multiples d'une invasion ou d'invasions répétées d'embryons hexacanthés et non comme des greffes empruntées à un premier kyste par rapport à celui-ci.

M. Ricard apportait alors l'observation d'une malade opérée par Péan d'un kyste hydatique qui avait été dilacéré et dont le contenu s'était vidé mi-partie par le vagin, mi-partie dans l'abdomen. Lorsqu'il l'avait opérée à nouveau quelque temps après, il avait trouvé l'abdomen farci de kystes hydatiques. « Je ne
« puis, dit M. Ricard, que rattacher cette pullulation
« au traumatisme antérieur ; quelque opinion que l'on
« puisse se faire à ce sujet, il est difficile de penser
« qu'elle eût eu lieu sans cette dilacération du kyste
« qui sema une foule de vésicules dans l'abdomen et
« l'on est bien forcé de reconnaître qu'il y a eu là une
« sorte de greffe. »

M. Potherat répondait ainsi : « Pour que le fait que rapporte M. Ricard ait la valeur qu'il lui attribue, il faudrait qu'il fût bien certain qu'au moment de l'intervention de Péan il n'y avait pas de kystes hydatiques même au début de leur développement et qu'il n'y a pas pu y avoir d'intoxication parasitaire consécutive-ment à cette intervention. »

M. Quénu communiquait ensuite l'observation d'une jeune femme de 25 ans qu'il avait opérée par incision

et drainage d'un énorme kyste hydatique du foie renfermant six litres de liquide. La cicatrisation complète avait exigé cinq mois. Dix-huit mois après l'opération, la malade s'était aperçue de l'existence à l'extrémité inférieure de l'incision d'une petite boule qui fut ensuite reconnue pour un kyste hydatique.

« Comment douter que ce kyste n'ait été le résultat d'une greffe effectuée au moment de la première opération ? Faudrait-il admettre d'après la théorie admise par M. Potherat que concomitamment les hexacanthes ont il y a trois ou quatre ans ou depuis infecté en même temps le foie et une portion de peau qui devait être juste le point déclive de l'incision opératoire ? Cette hypothèse, d'une pure coïncidence ne tient pas debout ici. Cette observation me paraît avoir la valeur d'une expérience et démontrer la greffe possible des vésicules hydatiques Quénu ». M. Routier citait alors l'observation d'un malade opéré de kyste hydatique du foie par Hartmann auquel il avait ensuite enlevé la première fois deux grandes vésicules de la grosseur d'une noix, existant au-dessous de la cicatrice et la seconde fois un nombre considérable d'hydatides formant une grappe partant du tissu cellulaire sous-cutané et remontant jusqu'à la vésicule biliaire qui avait aussi été réséquée.

M. Tuffier rapportait le cas d'une jeune fille opérée par marsupialisation d'un énorme kyste hydatique du foie qui avait présenté, deux mois après, un kyste sous-dermique formé par une grosse vésicule comprise

· dans la cicatrice, vésicule transparente renfermant un liquide eau de roche.

Enfin, M. Broca rapportait l'observation d'un enfant porteur d'un kyste hydatique du foie que Jalaguier se proposait d'opérer lorsque le gamin, en faisant des cabrioles dans la cour, s'était contusionné l'abdomen contre un banc ; quelques mois après, il avait trouvé des kystes multiples de l'abdomen produits par greffe consécutive à la rupture de la poche primitive.

M. Broca rappelait, en outre, les expériences de Riemann qui avait injecté du liquide hydatique frais et implanté des vésicules filles dans le péritoine de treize lapins et un chien. Le liquide n'avait donné aucun résultat ; et si un certain nombre de vésicules filles avaient péri, d'autres s'étaient bien développées et étaient même capables de former des vésicules filles (Beitr. zur klin. Chir. 1899, t. XXIV, fasc. I).

A l'appui de tous ces faits, nous pouvons, de notre côté, ajouter les observations de Coudert, de Pinard et de Tissier relatant des cas de dystocie par kyste hydatique du bassin. Dans le premier cas, la malade avait été opérée par M. Richelot d'un kyste hydatique du foie ; dans les deux autres, l'autopsie avait révélé un kyste du foie qui était le lieu d'origine des autres kystes trouvés dans l'abdomen et le bassin. Dans l'observation de Pinard, en particulier, la grappe des neuf kystes reliés à l'épiploon par des adhérences vasculaires semblait bien prendre naissance de la face antérieure du foie.

Il nous semble donc que, malgré l'opinion de quelques auteurs qui n'admettent pas la théorie de Hunter, l'explication du développement des kystes hydatiques du bassin par greffe de vésicules filles issues le plus souvent du foie est parfaitement acceptable.



CARACTÈRES DES KYSTES

Les kystes hydatiques sont en général arrondis, sans bosselures ni inégalités. Ils ont l'aspect de masses légèrement transparentes et blanches qui au premier abord paraissent être des anses intestinales distendues. Ils constituent une tumeur irrégulière et mamelonnée quand ils sont multiples.

Leur surface est lisse, blanche nacrée et présente par places des brides fibreuses qui les unissent d'une façon étroite aux organes pelviens, au péritoine pariétal, à l'intestin.

Leur consistance est dure et élastique à la fois ; elle rappelle beaucoup celle des tumeurs fibreuses de l'utérus.

D'après un tableau dressé par Blanchard sur la fréquence des kystes hydatiques dans les différents organes, les kystes pelviens viennent au dixième rang. Les kystes du bassin sont donc très rares. On les rencontre d'ailleurs beaucoup moins souvent que les autres tumeurs pelviennes. Ils peuvent être uniques, mais sont le plus souvent multiples et coïncident avec des kystes situés en d'autres points de l'organisme.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est le siège de

prédilection des hydatides du petit bassin. On les y rencontre par ordre de fréquence : en arrière de l'utérus (très souvent), dans la cloison recto-vaginale, dans le cul-de-sac de Douglas, en avant de l'utérus au dessus de l'orifice interne, on les trouve enfin en avant et sur les côtés de l'utérus, en arrière du rectum.

Parfois très petits, du volume d'un abricot ou d'une noix, ils ne causent aucune gêne et passent inaperçus, mais ils peuvent occuper une grande partie de l'excavation pelvienne au point de faire saillie dans le grand bassin ; ils rendent alors impossible l'introduction de plus de deux doigts dans le vagin et l'accession du col de l'utérus. Ils ne sont pas toujours limités au bassin et remontent parfois dans la cavité abdominale ; tel le cas de Sadler qui reconnut à l'autopsie une tumeur qui occupait la région du foie et de là s'étendait derrière l'utérus jusque dans l'excavation pelvienne. On peut encore les trouver sur la paroi elle-même comme dans le cas de Pintos Pasella où les kystes occupaient les os du bassin. Les parois de l'excavation offraient l'aspect d'un sac présentant des fragments osseux et des cavités communiquant les unes avec les autres. Enfin Pauls, Doléris, Porak en ont observé dans la paroi vaginale, en arrière et en haut près du cul-de-sac postérieur.

Le siège des kystes hydatiques qui se trouvent le plus souvent en arrière a donc une certaine importance pour le diagnostic, mais les exceptions enlèvent à la détermination de la situation de ces kystes une grande partie de son importance.

La localisation précise des kystes est très difficile à

faire. Ceux-ci ont contracté avec les différents organes du petit bassin des connexions tellement étroites qu'il est souvent fort malaisé de leur assigner tel ou tel point de départ. Freund est d'avis que tous ces kystes sont d'abord sous séreux et qu'ils ne sont jamais développés à l'intérieur même d'un organe de la cavité. Il a raison dans la grande majorité des cas ; et souvent des kystes classés comme ayant débuté dans un viscère sont après examen approfondi reconnus d'origine péritonéale et extra viscérale. Mais un certain nombre de faits très précis nous montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi, Esquirol à l'autopsie d'une aliénée qui s'était suicidée découvre en même temps que deux kystes hydatiques du foie un kyste de même nature dans l'ovaire gauche.

Dolérís a publié une observation où le kyste était développé dans les deux trompes utérines qui malgré leur énorme volume ne s'étaient rompues nulle part et formaient l'enveloppe extérieure du kyste. Mais ces cas sont très rares et il faut reconnaître que le plus souvent le tissu cellulaire sous-péritonéal est le siège de prédilection des kystes hydatiques du bassin.

SYMPTOMES

Les signes des kystes hydatiques du bassin sont physiques et fonctionnels. Les signes fonctionnels sont peu marqués puisque ces tumeurs passent habituellement inaperçues jusqu'au moment de l'accouchement.

Au début les malades éprouvent de légères douleurs, des sensations de tiraillement dans le bas-ventre qui sont dues à des irritations circonscrites du péritoine. Ces douleurs surviennent par crises et à intervalles plus ou moins éloignés. A chaque poussée et sous l'influence de cette irritation péritonéale, il se forme des adhérences de plus en plus solides de la tumeur avec les organes voisins. Souvent les crises douloureuses coïncident avec la période menstruelle.

Lorsque la tumeur devient assez volumineuse pour comprimer la vessie, la miction peut-être notablement gênée ; la vessie se dilate. Cette dilatation peut gagner les uretères et il peut survenir des troubles rénaux et même de l'hydronéphrose ; il y a fréquemment de la constipation par compression du rectum.

Les douleurs vont en s'accroissant tant que la tumeur reste confinée dans la cavité pelvienne. Elles diminuent au contraire dès que celle-ci en raison de son volume croissant se trouve repoussée vers la cavité abdomi-

nale. Elles sont très variables de siège et d'intensité suivant les parties comprimées par le kyste et suivant le siège d'implantation de celui-ci. Ces signes n'ont, comme on le voit, rien de caractéristique ; ils sont communs à un grand nombre de tumeurs du petit bassin.

Les signes physiques beaucoup plus importants sont les véritables éléments qui servent à faire le diagnostic.

Le palper ne révèle ordinairement rien, il est d'ailleurs très difficile, souvent même impossible en raison de la tension produite par la tumeur et l'utérus.

Le toucher vaginal est parfois douloureux et difficile. Il révèle un col déplacé, remonté et repoussé soit en avant, soit le plus souvent en arrière suivant le siège du kyste par rapport à l'utérus, l'utérus peut encore être en rétroflexion comme dans le cas de Birnbaum où il y avait plusieurs tumeurs : l'une semblant partir de l'union du pubbis avec l'os iliaque se développait du côté de l'abdomen et repoussait le corps de l'utérus en arrière, l'autre siégeant dans l'excavation repoussait le col en avant.

Le fond de l'utérus est fixé, comme enclavé entre la tumeur et le bassin ; il est impossible de le mobiliser.

La sensation donnée par le toucher de la tumeur est celle d'une masse lisse, arrondie, dure et élastique à la fois, mais mamelonnée et irrégulière si les kystes sont multiples.

Tous les auteurs ont indiqué la dureté spéciale des kystes qui les fait trop souvent confondre avec des tumeurs solides. Si l'on veut se rappeler que les kystes

sont constitués par deux membranes d'enveloppe : la membrane adventice d'enkystement et la membrane propre de l'hydatide, qu'ils contiennent en outre fréquemment dans leur intérieur des kystes plus petits, des hydatides filles de première ou de seconde génération, l'on conçoit dès lors aisément que la fluctuation soit très obscure ou même tout à fait nulle. Nous ne trouvons ce signe relaté qu'une seule fois dans nos observations, c'est dans celle de Späth ; encore devait-il être obscur puisque « la tumeur était en même temps très tendue ».

En outre la fluctuation déjà difficile à percevoir à cause de la structure du kyste devient plus difficile à sentir pendant l'accouchement au moment de la période d'expulsion alors que sa consistance augmente encore. Cela résulte de la pression que ces tumeurs supportent de la partie fœtale qui est arrêtée dans son engagement et dans sa descente. Elles se trouvent dans les conditions d'une tumeur liquide très étendue qui perd ses caractères de mollesse et de fluctuation. Le doigt qui les touche a plutôt la sensation de rénitence ; la tumeur qui a cédé à la pression revient lentement sur elle-même sans produire de fluctuation.

La consistance est ferme, élastique, analogue à celle d'une vessie distendue.

Le frémissement hydatique est très rare. Quelques auteurs l'ont pourtant trouvé (Davaine, Tillaux, Guéniot). Il est vrai de dire qu'il n'a pas été souvent recherché puisque la nature du kyste n'a presque jamais été diagnostiquée avant l'accouchement.

Ces tumeurs ne sont pas immobiles, fixées indissolublement au point où on les constate, mais leur mobilité est très peu marquée. En aucun cas il n'a été possible de les réduire, c'est-à-dire de les repousser vers le détroit supérieur au dessus de la partie fœtale ou de les attirer jusqu'à la vulve de façon à permettre le dégagement de la partie fœtale.

Elles possèdent pourtant un signe pathognomonique, c'est le caractère du liquide qu'elles contiennent lorsque l'hydatide est vivante. Le liquide hydatique est transparent, limpide comme de l'eau de roche ; il contient du chlorure de sodium, mais pas d'albumine ni de mucine ; l'examen microscopique permet quelquefois d'y reconnaître les crochets caractéristiques des échinocoques.

Enfin la multiplicité joue également un rôle important car il ne faudra jamais oublier de rechercher s'il n'y a pas en un point quelconque de l'organisme un autre kyste de même nature ou s'il n'y a pas eu auparavant opération d'un kyste le plus souvent du foie comme dans l'observation de Coudert.

A côté de ces différents signes, nous en citerons un dernier qui est absolument pathognomonique, mais très rare ; il n'a été noté que cinq ou six fois ; c'est l'issue spontanée de vésicules hydatiques soit par le

vagin, soit par le rectum, quand, dans ce dernier cas, il y a perforation de l'intestin et qu'il s'établit une communication entre celui-ci et la poche kystique.



PRONOSTIC

Le pronostic des kystes hydatiques du bassin comporte l'étude des troubles qu'ils occasionnent et les difficultés qu'ils apportent à l'accouchement.

Pendant la grossesse, ils exercent une action purement mécanique par la pression qu'ils exercent sur les organes voisins : les troubles qu'ils produisent sont peu marqués, la constipation, les troubles de la miction sont les symptômes le plus souvent et presque les seuls signalés dans les observations. Ce n'est que lorsqu'ils se développent dans des organes uniques et importants comme le cœur, le cerveau, le foie, qu'ils peuvent altérer profondément la santé en les gênant dans l'accomplissement de leurs fonctions. Dans ce cas, les troubles qu'ils provoquent ne sont jamais assez marqués pour nécessiter une intervention quelconque : avortement ou accouchement prématuré ; ils ne gênent nullement l'évolution de la grossesse et ne l'empêchent pas souvent d'arriver jusqu'à terme. Même dans les cas où le kyste est suppuré, le développement peut être très lent et ne se révéler au dehors par aucun symptôme (observ. de Coudert).

Les kystes sont une cause importante de dystocie.

Le pronostic de l'accouchement ne dépend que de deux choses : du volume du kyste et de la qualité du liquide qu'il renferme.

L'influence du siège est moins importante. En quel que endroit qu'ils se trouvent, s'ils jouissent d'une certaine mobilité, celle-ci n'est jamais assez marquée pour permettre leur déplacement ; lorsqu'ils mettent obstacle à l'accouchement, il faut faire disparaître l'obstruction qu'ils occasionnent par l'opération jugée convenable.

Le contenu du kyste n'est pas indifférent, mais sans ponction le diagnostic est presque impossible. Si l'hydatide est unique, une simple ponction peut en affaiblir la paroi ; si elle contient des vésicules filles, l'incision peut remplacer la ponction ; si l'hydatide est morte et suppurée, l'ouverture de la poche crée un danger pour les suites de couches. La présence d'un foyer purulent au voisinage de plaies nouvellement créées par le traumatisme obstétrical rend les chances d'absorption de germes septiques beaucoup plus grandes.

Le volume du kyste est très important ; dans la plupart des cas il est considérable ; quand le kyste est petit, le pronostic est bon, mais il s'assombrit quand il est grand ou qu'il en existe plusieurs.

Voici d'après nos observations la manière dont s'est passé l'accouchement dans les cas où le kyste était assez volumineux pour entraver la marche du travail :

L'accouchement fut prématuré trois fois (Park, Birnbaum, Coudert).

L'accouchement fut difficile, mais spontané dix fois (Park, Roux, Frantas, Coudert).

L'accouchement fut spontané après ponction du kyste huit fois (Park, Roux, Blot, Pauls, Späth, Dinard, Pinard, Coudert).

L'accouchement fut spontané après ponction et incision du kyste une fois (Coudert).

L'accouchement nécessita une application de forceps après ponction deux fois (Guéniot, Birnbaum).

L'application de forceps détermina la rupture du kyste par éclatement deux fois (Doléris, Porak).

L'application de forceps termina l'accouchement sans rupture du kyste une fois (Doléris).

L'accouchement nécessita la version par manœuvres internes après application de forceps une fois (Tissier).

L'accouchement nécessita l'emploi du cranioclaste trois fois (Wiener, Brill, Frantas).

L'accouchement fut impossible deux fois (Cazeaux, Pintos Pasella).

On dut pratiquer l'opération césarienne deux fois (Puchelt, Sadler).

Comme on le voit, la présence du kyste hydatique dans le bassin nécessite presque toujours une intervention qui facilite l'évacuation de la poche ; le plus souvent la ponction lève tout obstacle au passage du fœtus et l'accouchement se termine spontanément. Parfois pourtant, la ponction ne suffit pas et si l'utérus en travail déjà depuis de longues heures ne présente plus de contraction, l'application de forceps est dans ce cas très utile. Si le kyste se rompt sans faire issue

à l'extérieur comme dans l'observation de Porak, le pronostic est moins grave puisqu'il n'y a pas de porte ouverte aux germes septiques ; si le liquide jaillit au dehors, le pronostic ne diffère pas des cas où la ponction est employée.

L'embryotomie et l'opération césarienne comportent un pronostic beaucoup plus grave.

D'après les résultats de nos 20 observations, la femme succomba huit fois (Puchelt, Sadler, Cazeaux, Wiener, Kuchenmeister, Pintos Pasella, Dinard, Tissier, Pinard) ce qui nous donne une moyenne de 25 o/o sur 33 cas rapportés.

Le pronostic pour la mère paraît donc sérieux, mais il ne faut pas non plus l'exagérer. Dans les deux observations de Puchelt et Sadler il y eut erreur de diagnostic : on crut à une tumeur solide et on pratiqua l'opération césarienne. Or, on sait que cette opération dans la première moitié de ce siècle était presque toujours mortelle. N'aurait-on pas pu éviter de recourir à cette opération par un traitement mieux approprié ? Les renseignements cliniques sont nuls ou insignifiants dans les observations de Cazeaux et Kuchenmeister. Les cas de Wiener et de Pintos Pasella relatent des difficultés exceptionnelles. Les cas de Tissier, Dinard et Pinard nous donnent des renseignements suffisants pour nous faire croire que la rupture de l'utérus et l'infection produisant les lésions de la péritonite aiguë sont les causes qui déterminent habituellement la mort de l'accouchée.

Quant aux suites de couches, il n'y a dans la plu-

part des observations aucun détail à leur propos : aussi ne peut-on pas affirmer qu'elles ont été normales, bien qu'il puisse en être ainsi quand le kyste est vivant : mais lorsqu'il est suppuré comme dans les observations de Pinard et Coudert, il paraît difficile qu'il n'existe pas d'infection. En général il semble toutefois qu'en raison des interventions obstétricales parfois longues et difficiles que l'on est obligé de tenter, les chances d'infections soient beaucoup plus grandes que dans les cas normaux.

Le pronostic doit donc être réservé ; mais à côté de ces faits connus, il en est d'autres où le kyste n'apporte à l'accouchement qu'un obstacle insignifiant consistant en une longueur exagérée du travail ; nous trouvons le fait relaté dans plusieurs de nos observations. Il est probable que le kyste n'a pas encore atteint à ce moment un volume suffisant pour opposer au passage de l'enfant un obstacle insurmontable. Ces cas bénins seraient donc de nature à donner une idée générale du pronostic beaucoup plus favorable. Nous pensons en outre qu'une intervention bien comprise accompagnée d'une antiseptie rigoureuse doit abaisser considérablement la léthalité et atténuer la gravité de cette cause de dystocie.

Les kystes hydatiques n'apportent pas d'obstacle à l'évolution du fœtus qui arrive presque toujours jusqu'à terme : malgré la déviation fréquente de l'utérus, la présentation du sommet est la plus fréquente, mais l'engagement de la tête fœtale ne peut pas avoir lieu.

Pendant le travail, ils agissent sur lui comme les

autres causes de dystocie. Outre les dangers produits par la lenteur du travail et la possibilité d'une rupture utérine, le fœtus court encore les risques des opérations qui sont pratiquées et qui peuvent être intempestives. D'après les résultats fournis par les observations, nous avons trouvé sur 21 cas l'enfant vivant 14 fois et mort 7 fois, ce qui nous a donné une proportion de mortalité de 33 o/o. Le pronostic est donc sérieux si l'on ne s'en rapporte qu'aux cas connus, mais comme nous le disions tout à l'heure, il faut faire des réserves puisque dans certains cas la tumeur n'est même pas soupçonnée et ne porte alors aucun préjudice au fœtus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes hydatiques du bassin se fait ordinairement par exclusion. Bien souvent la parturiente ne se doute même pas qu'elle a une tumeur pelvienne ; aucune douleur n'attire auparavant son attention ; il faut que l'accouchement soit rendu impossible et que des accidents consécutifs surviennent pour qu'elle en ait connaissance.

On reconnaît un kyste hydatique à l'absence de signes réactionnels, aux caractères de la tumeur qui est lisse, arrondie, rénitente, jouissant d'une mobilité très limitée, à sa multiplicité et dans quelques circonstances favorables au frémissement hydatique et à la constitution physique, chimique et microscopique du liquide qu'il contient, mais ces deux derniers signes importants manquent trop souvent pour qu'on puisse d'emblée diagnostiquer cette affection.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les autres tumeurs du petit bassin qui constituent aussi une cause assez rare de dystocie.

Les tumeurs solides malignes se distingueront suffisamment des kystes du bassin par les symptômes graves qui les accompagnent, par leur marche rapide, par la cachexie qu'elles produisent, par les douleurs

qu'elles provoquent, indépendamment de celles qui résultent de la compression ou de la destruction des organes voisins.

Parmi elles le sarcome kystique est la seule tumeur offrant avec le kyste hydatique quelques analogies. Mais il siège surtout sur les os de la ceinture pelvienne ; sa consistance est très dure par places, très molle en d'autres ; il est inégal, fluctuant, bosselé, adhérent.

Les tumeurs solides bénignes intra-pelviennes présentent avec les kystes du petit bassin quelques phénomènes communs : leur marche est lente ; la santé des malades peut rester bonne ; elles sont indolentes ou ne provoquent des douleurs que par compression à la façon des kystes.

Les chondromes sont des tumeurs circonscrites, très mamelonnées, de consistance très dure et élastique mais qui n'est pas égale partout ; on rencontre par places une résistance qu'on ne retrouve jamais dans un kyste hydatique.

Les fibromes du vagin qu'on devrait plutôt appeler polypes font toujours une saillie plus ou moins prononcée dans la cavité vaginale : les kystes hydatiques ne présentent jamais cette apparence.

Les fibromes utérins se distinguent par leur mobilité et par les troubles menstruels qu'ils produisent.

Le toucher vaginal et la palpation abdominale permettent souvent de les déplacer ; on sent qu'ils font corps avec l'utérus ou qu'ils lui sont unis par un pédicule ; les hémorrhagies fréquentes dans les fibromes

sont très rares dans les kystes qui ne s'accompagnent en général que de troubles menstruels légers. En même temps à la palpation abdominale, on perçoit souvent pour les fibromes des bosselures, des inégalités, souvent même la tumeur semble bilobée, elle est quelquefois formée par plusieurs tumeurs plus petites accolées à l'autre.

Pendant la grossesse, les fibromes se ramollissent et ont alors une consistance analogue à celle des kystes ; ils sont souvent multiples, aussi lorsque dans certains cas comme celui de Pinard, on constate au palper la présence de tumeurs paraissant adhérentes à l'utérus et semblant durcir pendant la contraction et si l'on veut bien se rappeler que les tumeurs fibreuses sont beaucoup plus fréquentes que les kystes hydatiques, la ponction seule peut dans ces cas établir le diagnostic.

Mais c'est surtout avec les tumeurs liquides que l'on peut confondre les kystes du petit bassin.

Je ne fais que mentionner le thrombus du vagin que le siège, le développement rapide et les phénomènes généraux qui l'accompagnent feront aisément reconnaître.

Les kystes muqueux du vagin présentent absolument les mêmes signes que les kystes hydatiques ; la ponction seule peut établir le diagnostic.

Les abcès se reconnaîtront facilement à la douleur et aux phénomènes inflammatoires qu'ils présentent.

C'est surtout avec les kystes de l'ovaire que le diagnostic offre de grandes difficultés. Sans doute lorsque la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou en

un autre point du bassin, la détermination précise de la situation qu'elle occupe, peut permettre d'exclure l'idée d'un kyste de l'ovaire, mais ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche. Dans ce cas la ponction exploratrice seule peut faire le diagnostic ; encore ne faut-il la tenter que si elle est nécessaire pour lever l'obstacle opposé par la tumeur à la descente de la partie fœtale.

Mais habituellement la consistance du kyste de l'ovaire n'est pas la même ; elle est moins dure, moins élastique ; la fluctuation est facile à percevoir ; l'évolution est plus rapide ; les kystes de l'ovaire remontent beaucoup plus vite vers la cavité abdominale, enfin leur surface est souvent inégale et bosselée.

Le diagnostic de kyste hydatique du bassin n'est donc pas facile à faire ; si l'on peut arriver à reconnaître une tumeur liquide, il est souvent impossible d'en préciser la nature, ce qui n'a d'ailleurs qu'une importance relative au point de vue obstétrical, puisque la ponction nécessaire pour faciliter l'accouchement nous permet de reconnaître la nature du liquide du kyste.

Dans certains cas lorsque le kyste est mort, il est le siège d'inflammation et de suppuration. Il est alors facile de le confondre non seulement avec un abcès, mais même une autre tumeur liquide puisque l'évolution peut être aussi latente que dans les cas où l'hydatide est vivante, ce que nous montre bien l'observation

de Coudert, dans laquelle la suppuration du kyste constatée au troisième accouchement, s'était produite sans amener aucune espèce de réaction soit locale, soit générale.

~~~~~

## TRAITEMENT

---

Quel traitement devons-nous instituer dans le cas où une femme enceinte ou en travail présente à notre observation un kyste du petit bassin ?

Pendant la grossesse, l'expectation ne doit pas être conseillée. L'opération présente des inconvénients comme tous les traumatismes, mais ils ne sont pas assez considérables pour qu'on coure les risques sérieux et inévitables d'une opération devenue urgente au moment du travail. Il est de plus probable que les kystes augmentent de volume pendant la grossesse et qu'une opération sera pendant cette période d'autant moins importante qu'on tardera moins à la pratiquer.

La ponction peut être unique ou répétée, simple ou accompagnée d'injections irritantes ou antihelminthiques. La ponction unique et simple détermine ordinairement la mort de l'hydatide, mais rarement sa résorption. Elle est suivie de dégénérescence graisseuse ou de suppuration qui présentent toutes deux des conséquences à craindre. La dégénérescence graisseuse peut transformer la tumeur hydatique en une tumeur peut être plus petite, mais dont l'obstacle au moment de l'accouchement est plus à redouter. La suppuration

présente des inconvénients sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister. Assez rarement on a la chance d'obtenir la résorption du kyste ; plus rarement encore la ponction est inutile parce qu'elle n'atteint pas forcément toutes les vésicules et que l'une d'elles peut continuer à vivre et à se développer. Malgré ces conséquences fâcheuses c'est à la ponction simple qu'il faudra recourir dans les cas où le kyste est élevé et où une opération plus radicale serait dangereuse et par conséquent contre-indiquée.

L'incision par les culs-de-sac si la tumeur est facile à atteindre est au contraire plus indiquée ; c'est une opération de courte durée ne demandant pas une forte anesthésie. L'évacuation est complète et la poche a moins de tendance à dégénérer ; il n'y a pas de chance de rétention purulente, ce qui est l'essentiel.

Au moment du travail, l'indication urgente de diminuer le volume du kyste qui fait obstacle au travail s'impose. Il ne s'agit plus de traiter le kyste, il faut extraire l'enfant en faisant courir le moins de risques à la mère.

Si la tumeur est de moyen volume et qu'elle ne paraît pas devoir gêner le travail, le mieux est de la respecter et de l'opérer plus tranquillement et plus sûrement après l'accouchement. Si elle gêne l'accouchement il faut faire une version ou plutôt une application de forceps (cas de Porak, Doléris, Roux, Park). On évite ainsi de créer une voie d'entrée aux germes septiques.

Mais si on soupçonne que l'accouchement ne peut

se faire sans rupture du kyste, il vaut mieux le ponctionner ou l'inciser. Ce cas est beaucoup plus fréquent car il est difficile d'établir si un kyste est assez volumineux pour gêner ou non l'accouchement; si l'enfant était mort, l'indication de l'embryotomie serait posée et celle-ci permettrait plus facilement l'extraction de l'enfant sans qu'on soit obligé d'agir directement sur le kyste.

C'est donc à la ponction qu'il faut recourir d'emblée. Souvent elle suffira même si le kyste contient des hydatides filles peu nombreuses ou peu volumineuses, à plus forte raison si le kyste est unique. Il en résultera un affaissement suffisant de la tumeur pour que la tête si elle se présente s'engage profondément. Ce résultat favorable a été observé dans la plupart des observations.

Il n'y a donc aucun intérêt à attendre; il faut ponctionner de bonne heure: la ponction n'est pas toujours responsable des mauvais résultats spécifiés dans quelques cas; souvent la malade est exténuée par un travail prolongé; l'utérus inerte n'est plus capable de suffire à la terminaison spontanée du travail: il faut recourir à des interventions obstétricales.

Mais l'hydatide peut continuer à vivre quand l'accouchement se termine spontanément ou artificiellement sans intervention directe sur la tumeur; pour affirmer que la guérison est survenue après la ponction, les malades ne sont pas suffisamment suivies après leur accouchement. Ce que nous savons des résultats habituellement obtenus à la suite de la ponction, des

conditions mauvaises de cette opération exécutée pendant l'accouchement nous fournit quelques raisons de supposer que la guérison n'a pas toujours lieu. L'observation de Coudert nous apporte une preuve de plus puisqu'une première ponction pratiquée à un certain moment n'empêche pas le kyste de se produire à l'accouchement suivant.

Wiener et Freud insistent sur l'importance de ponctionner le kyste par le vagin et non par le rectum. L'introduction de germes septiques serait moins facile dans le premier que dans le second cas. Nous ne comprenons pas comment une ponction capillaire faite dans un organe plutôt que dans l'autre favoriserait la pénétration dans le kyste d'éléments qui imprimeraient à sa marche ultérieure des caractères plus fâcheux. Les observations que nous avons recueillies ne justifient pas cette opinion. Ici la ponction est une intervention d'urgence, il faut la pratiquer où l'on peut en un point qui semble devoir mener le plus vite possible sur la poche kystique.

L'incision du kyste est plus rarement indiquée : elle a pour conséquence d'ouvrir une large porte d'entrée aux germes septiques. On la pratique lorsque la ponction n'a amené qu'un affaissement insuffisant de la tumeur, ce qui a lieu lorsque le kyste contient de très nombreuses vésicules filles ou du pus fort épais qui obstrue le trocart.

Enfin, la suppuration du kyste nécessite la marsupialisation et le drainage ; même si le kyste suppuré ne donne pas lieu à des phénomènes spéciaux, il ne faut

pas suturer, ni refermer la poche. Il vaut mieux maintenir le kyste ouvert au risque de créer une fistule vaginale, suivant en cela les conseils de MM. Gounesco et Delbet : « La marsupialisation de la poche sera réservée pour les kystes suppurés où le procédé de suture immédiate peut donner des succès. »

---

# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I

(Boissard et Coudert).

Femme N... Jeanne, 27 ans, mécanicienne.

Antécédents héréditaires : nuls Antécédents personnels : enfance malade. Troubles digestifs continuels qui s'accroissent vers l'âge de 15 ans. A ce moment, apparition de douleurs plus vives dans la région du foie et du creux-épigastrique. Pas de coliques hépatiques ni d'ictère. Peu à peu la région hépatique se déforme, augmente de volume, les douleurs deviennent plus aiguës et la malade entre à l'hôpital Tenon en août 1890. M. Richelot l'opère par laparatomie médiane sus-ombilicale d'un kyste hydatique du foie. Fistule ayant suppuré pendant 3 mois. Guérison.

Première apparition des règles après être sortie de l'hôpital à l'âge de 19 ans et demi.

A aucun moment la malade n'accusa de troubles du côté de l'appareil génital.

Première grossesse à l'âge de 20 ans. Accouchement à 8 mois.

Travail pénible ayant duré 48 heures. Application de forceps. Extraction d'un enfant vivant, mort de méningite à 18 mois.

Deuxième grossesse. La femme se présente le 13 mars 1899 à la Maternité de Tenon; depuis son premier accouchement et pendant le cours de cette grossesse aucun trouble fonctionnel n'a attiré l'attention de la malade. A aucun moment, il n'y a eu de troubles de la miction ou de la défécation.

La grossesse est près de terme, les dernières règles remontent au 23 juin. Ce matin 13 mars à 8 heures, elle a perdu les eaux après avoir souffert une partie de la nuit.

L'utérus est le siège de contractions douloureuses et remonte presque jusqu'aux fausses côtes; il paraît élevé et comme refoulé en avant; le fœtus est vivant, l'extrémité céphalique au niveau du détroit supérieur.

Le toucher vaginal conduit immédiatement sur une masse qui rétrécit considérablement la cavité du petit bassin; cette masse a une surface lisse; elle est oblongue, à grand axe antéro-postérieur. La consistance est uniformément dure, sans fluctation évidente: elle paraît immobilisée et collée sur la face antérieure du sacrum; un sillon le sépare de la face postérieure de l'utérus.

Le col assez facilement accessible s'est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 5 francs.

La femme est mise sous le chloroforme et portée sur le lit d'opération.

En faisant le toucher manuel on reconnaît que la tumeur pelvienne qui paraissait, au premier abord, dépendante de l'utérus, ne présente avec lui aucune connexion; on ne peut ni la mobiliser, ni la remonter, car elle semble implantée sur la face antérieure du sacrum.

On tente inutilement une application de forceps, mais pen-

dant les tractions, la tumeur se tend encore davantage, descend légèrement en entraînant la paroi postérieure du vagin ; on fait alors au point le plus saillant une ponction qui ne ramène que très peu de liquide jaunâtre ; en se servant du gros trocart de l'appareil Potain, on sent au moment de chaque aspiration une sorte de choc se produire à l'extrémité de la canule qui semble libre, mais bouchée ; on pense qu'il s'agit d'une tumeur kystique et vraisemblablement d'une tumeur hydatique ; on effondre alors le cul-de-sac postérieur et on agrandit l'orifice avec une pince dont les branches sont écartées.

Du liquide clair s'écoule en petite quantité entraînant un grand nombre de vésicules de volume variable.

Extraction facile d'un fœtus du poids de 2.800 grammes, né en état de mort apparente, ranimé seulement au bout de 3 heures et mort le surlendemain.

Délivrance naturelle et spontanée. On fait alors une injection de sublimé à 0.25/1.000 dans la cavité utérine et dans la poche kystique.

Suites de couches physiologiques ; le 26 mars, c'est-à-dire 13 jours après l'accouchement, la femme veut partir sans qu'on puisse la retenir.

A l'examen, on trouve alors dans la fosse iliaque gauche une masse non douloureuse régulière, remontant jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le toucher révèle derrière le colet directement accolée à lui, une tumeur bosselée dure et tendue en arrière de laquelle la paroi postérieure du vagin se laisse déprimer profondément.

Troisième grossesse. Bien qu'il ait été recommandé à la malade de revenir se faire examiner dans le service ou de se faire

opérer par un chirurgien, elle n'en fit rien et revint seulement pour accoucher le 17 août 1900, à 10 heures du soir.

Epoque présumée de la grossesse 6 mois et demi; date de la dernière apparition des règles, inconnue. Rupture spontanée des membranes le 14 août, à 10 heures du matin, apparition des premières douleurs le 16 août, à minuit.

Au palper, l'utérus paraît développé comme à 6 mois et demi. La tête petite, est très mobile au dessus du détroit supérieur. Présentation du sommet en O I G T. Bruits du cœur normaux.

Au toucher, la paroi vaginale postérieure bombe très fortement. Le vagin est presque complètement obstrué par une masse volumineuse, tendue et résistante. La cloison recto-vaginale est dédoublée. Le cul-de-sac de Douglas paraît plein. En glissant le doigt derrière la symphise, on arrive péniblement à sentir le col utérin, dilaté dans des proportions difficiles à apprécier. A travers l'orifice utérin, on arrive directement sur le cuir chevelu du fœtus.

Le palper combiné au toucher ne donne pas de renseignements spéciaux quant au volume et aux connexions de la poche fluctuante. On constate seulement que l'utérus est très fortement incliné vers la droite.

Le diagnostic posé, étant donnés les antécédents de la malade est : kyste hydatique du bassin et comme le fœtus malgré son petit volume, ne peut s'engager, on intervient.

Une première valve est appliquée sur ce qui reste de la cloison recto-vaginale; une seconde soulève la paroi antérieure du vagin.

Une ponction est faite sur la partie centrale de la tumeur à l'aide du plus gros trocart de l'appareil Potain et du pus très

épais s'écoule. L'aspiration pratiquée ne réussit à ramener qu'une quantité de pus évaluée à 100 grammes. Le trocart a été obstrué, on le retire.

Une incision verticale est alors faite au bistouri sur la paroi postérieure du vagin, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. On arrive alors sur la poche kystique qu'on ponctionne avec la pointe du bistouri ; on ouvre ensuite la paroi du kyste sur une étendue égale à l'incision vaginale. Issue de 400 grammes de pus environ et de vésicules filles. Une première rangée de pinces de Kocher est placée sur la tranche vaginale, une seconde sur la paroi conjonctive du kyste.

A ce moment l'engagement du fœtus dans l'excavation a lieu. Les pinces sont immédiatement retirées. Sous l'influence de contractions utérines très énergiques, l'expulsion du fœtus a lieu spontanément. Enfant du sexe masculin né en état de mort apparente et ranimé au bout de 10 minutes. Placé en couveuse. Mort 48 heures après. Poids 1.050 grammes. Longueur totale 43.

Diamètre : O F = 9.

O M = 11,5.

B I P = 7.

B I T = 6,2.

S O M = 8.

Délivrance naturelle à 2 heures du matin. Placenta pesant 480 grammes. Cordon long. Membranes déchirées. Durée totale du travail : 25 heures. Urines normales.

Après la délivrance, la partie supérieure du vagin ayant été tamponnée avec de la gaze iodoformée, on place à nouveau des pinces sur la tranche vaginale et sur les parois du kyste qui sont dures, scléreuses et épaisses d'un demi-centimètre. Une injec-

tion de sublimé à 0,25 pour 1.000 est faite à l'intérieur du kyste. La membrane germinative est flottante. On la décortique avec le doigt dans toute sa portion accessible et on l'enlève. Le doigt se meut dans une cavité très large, très spacieuse dont il ne peut reconnaître le fond. Après évacuation du contenu, les parois de la poche n'ont aucune tendance à s'accoler et on sent que la paroi postérieure de la poche est tapissée de vésicules adhérentes que le doigt ne peut détacher. Cependant la curette introduite détache quelques-unes de ces vésicules et ramène des lambeaux de membrane germinative.

D'autre part on se rend compte que la paroi du kyste est facilement décollable de la paroi antérieure du vagin et du rectum; mais à cause des énormes dimensions de la poche, on renonce à en faire l'extraction, on se contente de fixer l'ouverture du kyste à la paroi vaginale postérieure par une série de points au catgut.

Un gros drain de 22 centimètres de long et une mèche de gaze aseptique sont introduits à l'intérieur du kyste. Tamponnement peu serré du vagin à la gaze iodoformée.

Le 19 août, dans la matinée, c'est-à-dire au bout de trente cinq heures, on enlève le drain par lequel du pus avait suinté. Nouveau lavage de la poche et introduction d'un nouveau drain.

Le 20 août, dans la soirée, la malade se plaint de douleurs abdominales assez violentes. Le ventre est légèrement ballonné, sensible à la palpation, La température est à 38°,4, le pouls à 110. Le drain est retiré, la poche lavée, Un drain moins volumineux est placé. Administration d'un purgatif et d'un lavement.

Le 22 août, suppression définitive du drainage.

La malade sort de l'hôpital le 31 août. L'utérus est petit, en anteflexion et incliné à droite. Sur la paroi postérieure du vagin se trouve un orifice circulaire à bords indurés permettant l'introduction de l'index. Pas de suppuration par cette fistule. Entre la partie postérieure du col et l'orifice du kyste existe une bride verticale et dure qui semble être le reliquat de la première observation.

L'abdomen est légèrement douloureux au palper dans la région de la fosse iliaque gauche. A ce niveau on a la sensation nette de quelque chose d'épais, de parcheminé qui est vraisemblablement la partie antérieure et supérieure de la paroi du kyste accolée à la face postérieure et au bord gauche de l'utérus.

## OBSERVATION II

(Frantas de Prague. *Annales de gynécologie* 1900).

Femme F..., a eu sept accouchements, tous très graves et de longue durée.

L'obstacle consistait en une tumeur qui subit un accroissement notable à la suite d'une fausse couche de trois mois.

Cette augmentation détermine la femme à se faire opérer en mai 1890 par M. Pawlik, qui trouve un kyste hydatique suppuré du ligament large, composé de deux poches avec adhérences étendues à l'épiploon, au mésentère, à la vessie et aux anses intestinales; marsupialisation, tamponnement de la poche à la gaze iodoformée; drainage complémentaire de la poche par le vagin. On ne peut enlever les petites tumeurs qui siègent

dans le cul-de-sac latéral gauche, l'opération durant depuis deux heures et ne pouvant être plus prolongée. Cicatrisation complète des plaies abdominale et vaginale. Après guérison, on sent dans le cul-de-sac de Douglas une série de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette.

De nouveau enceinte, elle entre à la maternité de Prague le 10 juillet 1892.

A l'examen pratiqué à son entrée, à 7 heures du matin, on trouve le ventre développé comme à terme, l'utérus un peu incliné à gauche. Sommet en O I D T, mobile au dessus du détroit supérieur. Battements fœtaux réguliers. Col effacé, orifice dilaté de trois travers de doigts ; le long du détroit supérieur, des deux côtés du promontoire, mais surtout à gauche on sent une série de tumeurs sphériques, élastiques, assez dures, immobiles, du volume d'une grande noisette ou d'une noix qui obstruent le détroit supérieur.

Le soir à 8 heures, température 39°2, pouls 124. Liquide amniotique a une mauvaise odeur et une couleur vert jaunâtre. Orifice dilaté de quatre travers de doigt. Tête encore au dessus du détroit supérieur. On n'entend plus les battements fœtaux. L'enfant étant mort, on ne songe pas à la ponction des petits kystes pour faciliter son expulsion.

A 10 heures, l'orifice est suffisamment dilaté, on fait la cranioclastie. Extraction de la tête, des épaules et du tronc extrêmement difficile. Fœtus, placenta et membranes sont d'une couleur brun-verdâtre et d'une odeur fétide. Injection de plusieurs litres de solution de lysol 1 p. 100, tampon de gaze iodoformée dans le segment inférieur de l'utérus. Pas de métrorrhagie.

Suites de couches normales excepté une unique élévation de

température (38°7) le troisième jour. La femme quitte la maternité le treizième jour après l'accouchement parfaitement rétablie.

### OBSERVATION III

(Pinard. *Annales de gynécologie*, 1888).

Femme X..., blanchisseuse, âgée de 21 ans, en travail depuis deux jours, est amenée à la Maternité le 21 mars, à 11 heures du soir. Six semaines après l'apparition des dernières règles, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule dans l'hypochondre droit. Elle éprouva quelques jours après des troubles de la miction, rétention et dysurie. Sur les conseils d'un médecin, elle prit une purge parce qu'elle était en même temps constipée. Cet état dura quelques jours, puis la tumeur disparut. Elle reprit ses occupations et n'éprouva plus rien d'anormal jusqu'au 10 mars. A ce moment, elle perdit de l'eau et pendant 7 à 8 jours fut obligée de garnir son lit tellement l'écoulement était abondant. Elle fut prise de douleurs le 20 mars et fut examinée par une sage-femme et un médecin qui reconnurent tous deux l'existence d'une tumeur dans l'excavation. A son arrivée à la Maternité, les contractions étaient très fréquentes et un liquide incolore assez abondant s'écoulait du vagin.

L'examen pratiqué le lendemain par M. Pinard, révélait au palper un sommet en O I G T, occupant en partie la fosse iliaque gauche, en partie l'aire du détroit supérieur, paraissant repoussé d'arrière en avant. Le toucher révélait une tumeur

s'étendant depuis le plancher pelvien jusques et au dessus du détroit supérieur. Cette tumeur immobile, partout régulière, donnait au doigt la sensation de rénitence ; on ne percevait pas la fluctuation. Sa consistance paraissait augmenter au moment de la contraction ; en outre, on constatait l'écoulement par la vulve d'un liquide épais, verdâtre et déjà fétide : l'enfant commençait à expulser son méconium ; l'intervention était donc urgente. La ponction pratiquée aussitôt donna issue à un liquide clair légèrement visqueux qui, examiné de suite, contenait des crochets d'échinocoques. Il s'écoula un litre et demi de liquide ; au fur et à mesure que la tumeur s'affaissait, la tête s'engageait en O I G A et l'accouchement se terminait spontanément une demi-heure après la ponction. L'enfant était vivant bien constitué, du poids de 2 k. 800.

La délivrance fut normale. Mais la femme qui avait, lors de l'opération, une température de 38°5 était malheureusement infectée et mourut le 4<sup>e</sup> jour après son accouchement des suites de son infection.

A l'autopsie, on trouva que le kyste ponctionné était contenu dans l'épaisseur du ligament large ; de plus, l'abdomen était envahi par une grappe de neuf kystes qui semblaient naître de la face inférieure du foie.

#### OBSERVATION IV

Tissier. (*Bulletin et Mémoire de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris*, 1897).

Femme P., primipare de 36 ans, fut soignée à l'hôpital

Lariboisière pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide. Devenue enceinte dans les premiers jours de mai 1896, cette femme vit sa grossesse évoluer sans complication. Elle fut prise de douleurs le 24 décembre à 10 heures du soir et les douleurs ne cessèrent pas jusqu'au lendemain, s'accompagnant de vomissements incessants. Dans la soirée du 25, tout d'un coup le travail s'arrêta et la parturiente fut saisie d'une grande faiblesse en même temps s'écoulait un peu de sang par la vulve. On l'amena le lendemain matin 26, à l'hôpital Saint-Louis vers midi, toujours perdant du sang. Depuis la veille, les douleurs n'avaient pas reparu ; la malade apyrétique était pâle, sans pouls, prête à se trouver mal. Le ventre énormément distendu était tout marronné de saillies nombreuses irrégulières, de consistance semi-dure. Le palper très difficile, ne permettait pas de reconnaître la disposition foetale. Auscultation négative. Par le toucher, on rencontrait une tête élevée. A ce moment, en présence de l'état très grave de la mère, il importait de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Une première et une deuxième application de forceps ayant échoué, on fit la version qui présenta quelques difficultés au moment de l'extraction de la tête dernière ; l'enfant était mort.

Après la version, la main introduite dans les voies génitales traverse le vagin et pénètre dans une vaste cavité sans limites définies, hérissée d'une multitude de bosselures arrondies, au nombre d'une quarantaine, variant des dimensions d'une noix à celles d'une grosse pomme. Ces masses sont reconnues après section de l'une d'elles à la vulve et examen de son contenu pour des kystes hydatiques multiples.

Le docteur Tissier constate la rupture utérine produite la veille au soir, d'après les renseignements fournis par un médecin de la ville : large rupture utérine siégeant sur le côté droit de la matrice, permettant de pénétrer directement dans la cavité abdominale.

Le placenta est perdu dans la profondeur de l'abdomen ; l'état général est des plus graves, la rupture date de 18 à 20 heures. Il convient de faire la laparotomie, l'extraction du délivre et l'opération de Porro ou telle autre intervention que la constatation directe indiquera. Mais les forces qui avaient toujours été déclinant diminuent en dépit des injections de sérum artificiel, de l'oxygène, de la caféine et de l'éther et quand le docteur Bar, mandé pour aider à l'intervention, arriva à l'hôpital, la malade agonisait et ne tardait pas à succomber.

On trouva à l'autopsie en même temps que la rupture de l'utérus, diverses tumeurs superposées à la couche du muscle et développées dans le tissu conjonctif sous-séreux ; l'une d'elles occupait le cul-de-sac de Douglas et avait joué dans l'accouchement un rôle dystocique important ; le foie très déformé portait à sa face inférieure un kyste gros comme une tête d'adulte.

## OBSERVATION V

(Doléris).

Au commencement de l'année 1895, un médecin fut appelé par une femme en travail, la tête ne s'engageant pas, il fit

plusieurs tentatives d'application de forceps sans succès et appela le docteur Laurens. Une dernière tentative fut faite. Dans les premières tractions un peu énergiques, on constata que l'anus bombait énormément et qu'une tumeur à paroi grisâtre tendait à faire saillie à l'orifice anal. On continua les tractions pour accentuer la sortie de cette masse qui se fit en même temps que celle de la tête. Elle fut ensuite extraite du rectum et le pédicule fut entouré d'une solide ligature à la soie. Le liquide était puriforme; l'accouchement se termina heureusement. Jamais la malade n'avait éprouvé de symptômes en rapport avec un abcès pelvien. La paroi du kyste était épaisse, uniforme, rappelant celle du kyste hydatique. Ce cas, bien que la preuve histologique n'a pas été faite, ressemble tellement par l'examen des pièces aux cas analogues celui de Guéniot entre autres que nous avons cru bon de l'ajouter aux autres observations.

#### OBSERVATION VI

(Dinard). Journal des Sages-femmes 1887.

Tumeur hydatique de la fosse iliaque compliquant une grossesse. Au moment du travail, la tumeur descend dans la cavité vaginale où elle est ponctionnée. L'accouchement se termine normalement; l'opérée meurt d'infection.

#### OBSERVATION VII

(Porak *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1884.)

Il s'agit d'une femme de 20 ans doreuse, primipare à terme.

Malgré la dilatation complète et les contractions utérines répétées et violentes, le travail ne se terminait pas. L'enfant se présentait en O I D A. L'obstacle à la descente de la partie foetale était dû à la présence d'une tumeur rénitente, siégeant à la face interne et latérale de l'excavation pelvienne. Elle était assez dure pour qu'on pût hésiter entre un fibromè ramolli comme cela arrive pendant la grossesse et une tumeur liquide (kyste ou thrombus). Comme elle n'était pas très volumineuse, on fit une application de forceps. A la suite de quelques tractions très modérées, on vainquit brusquement la résistance qui s'opposait au dégagement de la tête. Au moment où la tumeur de l'excavation pelvienne disparaissait, la grande lèvre correspondante doublait au moins de volume. Il s'agissait donc d'un kyste qui venait de se rompre dans le tissu cellulaire de la grande lèvre, après avoir détruit l'obstacle qui lui était opposé par les aponévroses du périnée.

L'extraction de l'enfant ne présenta dès lors aucune difficulté; celui-ci pesait 3,100 grammes. La délivrance fut normale, les suites de couches furent bonnes sans que la température prise tous les jours dénotât une élévation supérieure à 38 degrés. L'œdème qui occupait la grande lèvre se dissipa progressivement en trois jours. La malade quitta l'hôpital dans un état satisfaisant.

Le fond de l'utérus remontait à deux doigts au dessus de la symphyse; le kyste était reconstitué; il avait le volume d'une mandarine et occupait un siège plus élevé que celui qui avait été constaté au moment de l'accouchement;

Un mois après avoir quitté le service, elle fut atteinte d'un abcès pelvien du côté droit qui fut ouvert, la guérison ne suivit

pas cette opération ; l'inflammation gagna même la grande lèvre droite où on dut pratiquer de nouvelles incisions.

Cinq mois après, elle rendit par le rectum à la suite d'épreintes et de douleurs dont elle compare le caractère et la violence à celles de l'accouchement, du sang, du pus et une membrane qui, après examen, fut reconnue pour une membrane hydatique.

### OBSERVATION VIII

(Doléris. *Gaz hebd. de méd et de chir.* 1884).

Femme M. ., 20 ans, primipare, entre le 6 février 1883 à la clinique d'accouchements de la faculté. Elle est au terme de sa grossesse et le travail est régulièrement commencé (présentation du sommet).

Le toucher vaginal révèle une tumeur du volume d'un œuf de poule, rénitente, paraissant néanmoins renfermer un contenu liquide, logée dans la paroi droite du vagin et allongée dans le sens de l'axe de ce conduit

La tête ne progresse que lentement à partir du moment de la dilatation complète et il semble que la tumeur se laisse déprimer peu à peu ; la paroi en est très tendue.

Vu la lenteur de l'expulsion et les battements du cœur fœtal devenant lents et irréguliers, M. Maygrier fait une application de forceps.

A peine l'instrument est-il placé que l'utérus excité par sa présence se contracte violemment et avant qu'une seule traction ait été exercée sur la partie fœtale, le kyste vaginal éclate brusquement. Le liquide jaillit au dehors et assez loin jusque

sur l'opérateur et les aides : il paraissait limpide. On put recueillir une membrane blanche, d'aspect fibrineux, solide, unie et régulière, ressemblant absolument à une poche hydatique. M. Doléris, examinant cette membrane au microscope retrouva la striation régulière, indice de la superposition des lames parallèles et concentriques de la paroi kystique.

L'enfant, étonné, fut promptement ranimé. Délivrance normale. La mère, malgré des accidents septiques (frissons, fièvre, lochies fétides, température élevée (de 39 à 40°) survenus après trente six heures se rétablit complètement quelques jours plus tard.

#### OBSERVATION IX

(Brill. *Centralblatt für Gynak* 1882).

Brill cite le cas d'une femme de 22 ans en travail depuis trois jours. L'obstacle à l'accouchement était dû à la présence d'une tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas, en rapport avec la lèvre postérieure du col. On dut pratiquer la perforation du crâne de l'enfant et faire une application du cranioclaste pour délivrer la femme. Celle-ci fut très malade pendant ses couches et le septième jour après son accouchement il y eut issue de tumeurs reconnues comme des échinocoques. La mère se rétablit.

#### OBSERVATION X

(Pintos Pasella in *Corradi dell ostetricia in Italia*).

Pintos Pasella rapporte un fait dont l'interprétation est diffi-

cile et dont la nature hybride ne nous semble pas certaine. Il s'agit d'une femme de 24 ans, boitant depuis quatre ans, qui eut un accouchement rendu difficile par la présence d'une tumeur du côté gauche du bassin. Les tentatives d'application de forceps et de craniotomie ne furent pas suivies de succès et la femme succomba sans être délivrée après soixante heures de travail. A l'autopsie, on constata que la paroi utérine, à gauche et en bas, était amincie.

La partie postérieure de l'acetabulum était enfoncée, il y avait une fracture de l'ischion et la tête du fémur était déplacée : la branche horizontale du pubis était cariée et fracturée, mais les fragments étaient maintenus ensemble par du tissu fibreux. Toute la partie gauche de l'excavation correspondante à ces lésions était transformée en un sac présentant des fragments osseux et des cavités communiquant les unes avec les autres ; il contenait du pus et des hydatides, mais pas de crochets. Des tumeurs hydatides semblables ont été trouvées à la face antérieure de l'ischion, du grand ligament sacro-sciatique gauche et à la face antérieure du sacrum. S'il s'agit bien dans ce cas d'une tumeur hydatique, les lésions osseuses importantes qui sont indiquées démontrent que l'hydatide s'est développée dans les os eux-mêmes.

## OBSERVATION XI

(Spath 1864).

Spath mentionne l'accouchement d'une femme de 23 ans, rendu difficile par une tumeur occupant la partie supérieure de l'excavation pelvienne à droite, au niveau du concave pelvic

angle. Cette tumeur était ronde, dure, parce que, quoique fluctuante, elle était très tendue, immobile ; elle emplissait l'excavation pelvienne au point qu'on ne pouvait introduire que deux doigts dans le vagin du côté gauche de l'excavation pelvienne. On fit la ponction de la tumeur ; il s'en écoula un liquide purulent et on reconnut la présence des crochets caractéristiques des échinocoques. La tumeur disparut après la ponction ; le travail se termina alors naturellement par la naissance d'un enfant vivant. A la sortie de la mère, la tumeur s'était reproduite, elle était longue et épaisse comme le pouce.

## OBSÉRVATION XII

(Kuchenmeister 1877).

Cette observation très curieuse est malheureusement très courte. L'autopsie fit reconnaître que la cavité péritonéale était remplie de nombreux kystes d'échinocoques. L'un d'eux était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus au dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit par atrophie la paroi utérine à une mince lamelle et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait l'obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rupture sous-séreuse de l'utérus, consécutive à une intervention obstétricale difficile.

## OBSERVATION XIII

(Pauls)

Pauls cite le cas d'une femme de 25 ans qui était à sa seconde grossesse. Son premier accouchement dût être terminé par une application de forceps, mais la fille qui naquit à la suite de cette intervention pesait 11 livres ? Deux ans après, l'accouchement ne pût être terminé malgré deux application successives de forceps, quoique la présentation fût bonne. La tête était profondément engagée. Il existait sur la face postérieure du vagin une tumeur piriforme du volume d'une noix située au dessous de la tête, devenant concave et plus résistante pendant les tractions sur le forceps. La tumeur était beaucoup plus facilement reconnaissable par le toucher rectal. Pendant les tractions sur le forceps, on gratta avec l'ongle au niveau de la tumeur et on déchira ainsi la paroi postérieure du vagin. Il s'échappa tout-à-coup une masse noirâtre qui fit saillie en bas et apparut jusqu'à l'orifice vulvaire. Cette tumeur avait la forme d'un ballon de caoutchouc et le volume du poing d'un adulte ; elle tenait encore par une partie amincie qui lui constituait comme une espèce de pédicule qu'on coupa entre deux ligatures préalablement posées. Dès lors l'extraction d'une fille qui était très pesante n'offrit plus de difficultés. La section du kyste fit reconnaître qu'il contenait au milieu d'un liquide noirâtre des corps ronds assez nombreux, de couleur gris clair ayant l'apparence des œufs de caviar. Les couches furent normales.

Les accouchements ultérieurs de cette femme furent faciles.

## OBSERVATION XIV

(Wiener, 1877).

Il s'agit d'une primipare de 26 ans. Elle présenta une tumeur dépassant la symphyse du pubis à droite qui avait le volume de deux fois le poing; elle était élastique et tendue: elle paraissait liée à l'utérus par un ligament court; pas de fluctuation.

Le cul-de-sac de Douglas était rempli par deux tumeurs élastiques, mais de consistance résistante et donnant l'impression de tumeurs solides; le col de l'utérus était repoussé au-dessus du détroit supérieur; la partie fœtale se présentait en O I GT.

Après seize heures de travail, on ponctionne à travers le rectum la tumeur située à gauche: il s'en écoule 200 grammes d'un liquide trouble et jaune. On ponctionne la tumeur droite à travers le vagin et on obtient l'issue d'un liquide présentant les mêmes caractères.

Ces tumeurs ne sont plus reconnaissables à la palpation. On remplit la poche des eaux et le liquide amniotique qui en sort est fortement teint par le méconium. La tête du fœtus s'applique assez solidement contre le détroit supérieur. Le lendemain après vingt deux heures de travail, la tête est engagée, mais l'enfant est mort. On procède alors à la perforation du crâne et à l'extraction de l'enfant à l'aide du cranioclaste. L'opération fut difficile; le lendemain la femme succombait avec les signes d'une péritonite aiguë.

L'autopsie permit de constater l'existence de nombreux échinocoques ayant jusqu'au volume d'une tête d'enfant, situés

en avant, sur les côtés et en arrière de l'utérus dans l'épiploon; un échinocoque mort dans le foie. Adhérences nombreuses de l'utérus avec les parties voisines, la paroi abdominale de l'épiploon; lésions de la péritonée aiguë; déchirure du col utérin latérale gauche.

### OBSERVATION XV

(Sadler).

Sadler rapporte le cas d'un primipare de 21 ans à terme dont l'accouchement fut rendu impossible par une tumeur qui s'étendait du promontoire vers la symphyse du pubis. Le travail durait depuis deux jours au moins; on ne pouvait atteindre la partie fœtale. Comme on pensait qu'il s'agissait d'une tumeur solide, on pratiqua l'opération césarienne.

L'enfant était à terme, mais mort; la mère succomba le lendemain.

On reconnut à l'autopsie qu'il s'agissait d'une énorme tumeur hydatique qui occupait la région du foie et de là s'étendait derrière l'utérus jusque dans l'excavation pelvienne. Sous l'influence de la pression qu'elle supportait, cette tumeur avait pris une dureté osseuse.

### OBSERVATION XVI

(Birnbaum).

Birnbaum relate l'observation d'une femme enceinte pour la troisième fois. Arrivée au troisième mois de sa grossesse, présentant à gauche de l'utérus une tumeur volumineuse sem-

blant prendre naissance de l'union osseuse pubio-iliaque, s'étendant dans la cavité abdominale et à droite de l'utérus, une autre tumeur ronde, régulière, nettement indépendante de l'utérus occupant presque toute l'excavation pelvienne.

L'utérus est en rétroflexion, le col étant fortement porté en avant contre la symphyse du pubis.

Le travail survient prématurément dans le courant du septième mois.

La tumeur occupait une si grande partie de l'excavation pelvienne qu'il était difficile d'atteindre le col de l'utérus. Les tentatives de réduction de la tumeur ayant échoué, le travail ayant duré 24 heures, on se décida à ponctionner le kyste; issue de sang noir et de liquide séro-sanguinolent. La tête de l'enfant s'engage après cette opération. Application de forceps et extraction d'un enfant de 5 livres 1/2. Accidents fébriles pendant les suites de couches, issue par l'urèthre de la membrane du kyste dont l'expulsion fut suivie de l'issue d'autres kystes soit immédiatement, soit les jours suivants. Le nombre des plus grosses hydatides expulsées s'élevait bien à une quarantaine.

Rétablissement lent de la mère, mais on constate encore des tumeurs appartenant probablement à des hydatides mortes.

## OBSERVATION XVII

(Puchelt, 1840).

Puchelt mentionne chez une femme de 31 ans, l'arrêt du travail depuis trois jours par une douleur s'étendant du coccyx

au promontoire et d'un os iliaque à l'autre occupant une place assez importante de l'excavation pelvienne pour qu'on ne pût atteindre le col qu'avec peine.

On crut qu'il s'agissait d'une tumeur solide et on pratiqua l'opération césarienne. Mort de la mère quarante heures après l'opération. A l'autopsie on trouva cinq tumeurs hydatiques qui pesaient ensemble 15 livres. Quatre de ces tumeurs siègeaient dans la cavité abdominale, une dans la région hypogastrique, deux dans la région qu'occupent habituellement les trompes et les ovaires, une contre l'utérus. La cinquième tumeur occupait l'excavation pelvienne; elle avait contracté une union si intime avec le rectum, le vagin, le col et le corps de l'utérus, qu'il eût été impossible de l'en séparer sans déchirer ces organes.

#### OBSERVATION XVIII

(Cazeaux).

Cazeaux cite tout simplement d'après Meier, l'observation d'un accouchement rendu impossible par un kyste situé entre l'utérus et la vessie. Ce kyste pouvait être de nature hydatique, mais comme les renseignements nous manquent à ce sujet, il est impossible de l'affirmer.

#### OBSERVATION XIX

(Guéniot, 1866).

Une femme de 27 ans, à sa troisième grossesse, est à terme et en travail; elle n'avait souffert antérieurement d'aucun

t

rouble, pas de constipation, miction facile, aucune gêne dans les rapports conjugaux. Elle présentait une tumeur qui occupait la partie médiane de la cloison recto-vaginale du milieu de cette cloison en bas jusqu'au point accessible en haut, plus volumineux que le poing, régulièrement sphérique, de consistance analogue à celle d'une vessie distendue, ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile. L'état de la mère et celui de l'enfant étaient satisfaisants.

Après vingt-cinq heures de travail, on ponctionna la tumeur par le vagin et il en sortit un liquide incolore et clair comme de l'eau de roche. La tumeur s'affaissa de moitié et on put sentir sur la canule et au doigt un frémissement très accusé, on ponctionna de nouveau avec une canule à hydrocèle et il n'en sortit rien.

La canule était oblitérée par deux vésicules hydatiques qui, flottant dans l'eau, avaient le volume d'une aveline. On ne se décida à intervenir que trente-neuf heures après le début du travail. L'enfant se présentait en O I G A. On fit une application de forceps et on obtint un garçon bien constitué et bien portant. Les suites de couches furent normales.

## OBSERVATION XX

(Blot, 1859).

Blot présente à la Société de biologie un liquide provenant de la ponction par le vagin d'un kyste volumineux situé dans la cloison recto-vaginale, mettant obstacle à l'accouchement à terme d'une femme de 24 ans. Le travail qui languissait depuis trois jours se termina en vingt minutes après cette ponction

par la naissance d'un enfant vivant. Le liquide était transparent, non coagulable par les acides, ne contenant cependant à l'examen microscopique que des globules huileux. La nature du liquide recueilli permit de penser qu'il s'agissait bien dans cette observation d'un kyste hydatique.

### OBSERVATION XXI

(Roux, 1828).

Roux cite une opération qu'il pratiqua à une femme de 38 ans, pour une tumeur du vagin qu'il croyait solide. Dès qu'il l'eût incisée, il s'en écoula un liquide clair et des échinocoques; il dut enlever la membrane blanc nacré du kyste. Cette femme avait eu huit ans auparavant un accouchement long et pénible à la suite duquel sa santé fut satisfaisante pendant cinq ans; dans les trois années suivantes, elle se plaignait de difficulté de la miction et de constipation opiniâtre. Il est possible, mais non pas certain que l'accouchement antérieur à l'opération a été rendu difficile par la présence de la tumeur existant déjà à ce moment.

### OBSERVATION XXII

(Park, 1817).

Le premier accouchement de la femme avait été spontané, mais considérablement retardé par une tumeur située entre le rectum et le vagin. A la seconde grossesse, elle eut deux ju-

meaux qui furent expulsés : le premier à 4 mois, le second à 7 mois, sans grandes difficultés. Mais la grossesse suivante fut impossible ; on dut inciser la tumeur ; il s'en écoula un liquide séro sanguinolent, et en même temps des fragments membraneux ressemblant à des morceaux de tripes. Le rétablissement fut lent. La malade eut plus tard des accouchements rendus difficiles par les cicatrices vicieuses du vagin, consécutives à l'opération qu'elle avait subie.



## CONCLUSIONS

---

I. — Les cas de dystocie par kyste hydatique du bassin sont très rares.

II. — Le développement des kystes dans le bassin s'explique par le transport de l'embryon par voie sanguine ou par la greffe de vésicules filles provenant d'un kyste développé dans un organe de l'abdomen, le plus souvent le foie (issue de vésicules exogènes ou rupture du kyste).

III. — Ils siègent le plus souvent en arrière, remplissent l'excavation et empêchent pendant la grossesse et le travail l'engagement de la présentation.

IV. — Il n'y a pas de signe bien caractéristique ; le frémissement hydatique n'est jamais perçu. Le relevé dans les antécédents personnels de la malade d'une opération de kyste hydatique du foie ne peut être qu'un signe de présomption.

V. — Le pronostic est sérieux pour la mère et pour l'enfant ; ils sont exposés tous deux aux dangers que

provoque un long travail souvent accompagné d'interventions plus ou moins graves. Il s'assombrit encore quand le kyste est suppuré, les chances d'infection de la mère étant alors beaucoup plus grandes; les suites de couches sont dans ce cas accompagnées de fièvre.

VI. — Le diagnostic de kyste hydatique du bassin est très difficile souvent même impossible : la ponction seule peut révéler la nature du liquide que renferme le kyste ; le diagnostic de tumeur suffit d'ailleurs puisque le traitement est le même pendant la grossesse ou l'accouchement.

VII. — Le traitement consiste à lever le plus vite possible l'obstacle qui empêche la terminaison de l'accouchement, si les différentes tentatives d'extraction par le forceps n'ont pas réussi, il faut recourir au moyen le plus simple, la ponction qui bien souvent réussira. Si elle ne suffisait pas, on pratiquerait l'incision suivie de marsupialisation et de drainage dans les cas où le kyste est suppuré.

---

Vu : le Doyen,            Vu : Le Président de la Thèse,  
BROUARDEL.            BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Hunter.* — Transactions de la Société pour l'avancement de la médecine et de la chirurgie. 1793.
- Park.* — Transactions chirurgicales de Londres. 1817.
- Charcot.* — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. Gazette médicale de Paris. 1852.
- Roux.* — Clinique des Hôpitaux (tome II). Journal de médecine de Sédillot. 1828, t. III, p. 287.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.* Article *acéphalocyste*.
- Blot.* — Comptes rendus à la Société de biologie, avril 1859.
- Neyret.* — Thèse de Paris, 1863. Des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.
- Guéniot.* — Des grossesses compliquées. Bulletin de thérapeutique. 1866.
- Puchelt.* — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impediētib. 1840, p. 213.
- Birnbaum.* — Monatschrift für geburtskunde und Frauenkrankheiten, t. XXIV, p. 428.
- Sadler.* — Monatschrift für geburtskunde und Frauenkrankheiten, t. XXV, p. 473.
- Wiener.* — Ueber Echinococcus geschwülste des Beckens als geburtshinderniss in Archiv für Gynak. 1875, t. II, p. 572.

- Pauls.* — Ein seltener Geburts hinderniss in Prussische medicin alzeitung IV. N F. Berlin, 1861.
- Davaine.* — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques. 1877.
- Schræder.* — Lehrbuch der Geburtshülfe. 1874.
- Freund.* — Archiv. für Gynak, 1880, t. XV, p. 354. Ueber Echinococcus in weiblichen Becken.
- Haussmann.* — Ueber Echinococcus des Beckens. Archiv für Gynak, t. XII., p. 163.
- Bröse.* — Thèse Gottingen, 1852.
- Küchenmeister.* — Birch-Hirschfeld Lehrbuch der pathologische anatomie Leipsig. 1877, p. 1156.
- Cazeaux.* — Traité d'accouchements.
- Stadfeldt.* — Labour obstructed by pelvic tumours in the obstetrical Journal of great Britain and Ireland. 1879.
- Lever.* — On pelvic tumors obstructing parturition in Grey's Hospital reports, avril 1842.
- Rhaussbolham.* — Practical midwifery, 2<sup>e</sup> édition 1842.
- Merriman.* — Bulletin de médecine, 1820, n<sup>o</sup> 5, page 150, dans un rapport de Béclard.
- Hardwicke.* — The Lancet. 1863. March 21.
- Spath.* — Certzliche Bericht des K. K. Gebar und Findelanstalt zur Wien. 1864, p. 29.
- Pintos-Pasella.* — Corradi dell' ostetricia in Italia, p. 1524. Cagliari.
- Brill.* — Centralblatt für gynak, 1882, p 399.
- Dolérís.* — La gynécologie. 1896.
- Porak.* — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1884 n<sup>os</sup> 9, 10, 11 et 13.

*Dinard.* — Journal des Sages-femmes. 16 avril 1887.

*Benott.* — Thèse de Paris 1897. Les kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme.

*Tissier et Desfosses.* — Bulletin et Mémoire de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. 1897. Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1897, XIII.

*Pinard.* — Annales de gynécologie. 1888.

*Frantas.* — Annales de gynécologie et obstétrique. Paris, 1900, LIV, 592-99.

*Bulletin de la Société de Chirurgie.* — Séances des 7 et 21 mars 1901.

*Coudert et Boissard.* — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. Séance du 17 janvier 1901.





